

# MRI検査依頼票兼照射録

患者氏名 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

病院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

検査目的

※ 造影検査はおこなえません

## 検査部位

	部 位			
頭 部	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> 副 鼻 腔
頸 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 耳 下 腺	<input type="checkbox"/> 顎 下 腺	<input type="checkbox"/> 甲 状 腺
心 臓	<input type="checkbox"/> 心臓機能	(T1map・長軸・短軸・EF・BB)		
胸部縦隔	<input type="checkbox"/> 胸部縦隔			
腹 部	<input type="checkbox"/> 肝 臓	<input type="checkbox"/> 胆 膵 ( MRCP )	<input type="checkbox"/> 腎 臓	<input type="checkbox"/> その他 ( )
骨 盤 腔	<input type="checkbox"/> 膀 胱	<input type="checkbox"/> 子 宮	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
前 立 腺	<input type="checkbox"/> 前 立 腺			
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腰 椎	<input type="checkbox"/> 全 脊 椎
上 肢	<input type="checkbox"/> 右肩関節	<input type="checkbox"/> 左肩関節	<input type="checkbox"/> 右肘関節	<input type="checkbox"/> 左肘関節
	<input type="checkbox"/> 右手関節	<input type="checkbox"/> 左手関節	<input type="checkbox"/> 右 手	<input type="checkbox"/> 左 手
下 肢	<input type="checkbox"/> 右股関節	<input type="checkbox"/> 左股関節	<input type="checkbox"/> 右大腿骨	<input type="checkbox"/> 左大腿骨
	<input type="checkbox"/> 右膝関節	<input type="checkbox"/> 左膝関節	<input type="checkbox"/> 右下腿骨	<input type="checkbox"/> 左下腿骨
	<input type="checkbox"/> 右足関節	<input type="checkbox"/> 左足関節	<input type="checkbox"/> 右 足	<input type="checkbox"/> 左 足
非 造 影	<input type="checkbox"/> 下肢動脈			
全身検索	<input type="checkbox"/> DWIBS	_(※ DWIBSと主な検査部位にもチェックをお願いします)_		
そ の 他	<input type="checkbox"/> その他 ( )			